

اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر امید و سازگاری بین فردی معتادان تحت درمان

زهرا سپهری نسب^۱، فریده حسین ثابت^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء امید و سازگاری اجتماعی و عاطفی معتادان تحت درمان ننگه دارنده با متادون بود. **روش:** این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و طرح تحقیق پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. برای نیل به هدف ۲۰ فرد مبتلا به سوء مصرف مواد که تحت درمان ننگه دارنده با متادون در یکی از مراکز ترک اعتیاد استان تهران قرار گرفته بودند؛ به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. آموزش طی ۱۰ جلسه برگزار شد و پرسشنامه امید شنایدر و مقیاس سازگاری عاطفی و اجتماعی بل توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. **یافته ها:** نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و گواه در میزان سازگاری عاطفی- اجتماعی و همچنین امید وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش ارتقاء قابل ملاحظه‌ای را نشان داد. **نتیجه گیری:** می‌توان گفت، آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید برای معتادان تحت درمان ننگه دارنده با متادون مؤثر باشد.

کلیدواژه ها: مدیریت استرس، امید، سازگاری عاطفی و اجتماعی، سوء مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

پست الکترونیک: zahra.sepهرانsab@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد^۱ و شیوع آن یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌های دستگاه‌های بهداشتی و انتظامی هر جامعه به شمار می‌رود. سالانه هزینه‌های زیادی صرف درمان افراد معتاد می‌شود و هزاران نفر بر اثر سوء مصرف مواد جان خود را از دست می‌دهند (انگرس، بلگروس و چو^۲، ۲۰۱۳؛ کلک و بلندی^۳، ۲۰۰۸). در یک برآورد اجمالی، روزانه هشت نفر بر اثر مواد مخدر جان خود را از دست می‌دهند و از سوی دیگر حداقل روزانه ۱۰۰ نفر جدید آلوده به مواد مخدر می‌شوند و سالانه بیش از ۱۰ هزار میلیارد تومان به کشور خسارت وارد می‌شود (مظفر، ذکریایی و ثابتی، ۱۳۸۸). طبق آمارهای دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل^۴ (۲۰۰۵) شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی سراسر جهان ۲۰۰ میلیون نفر برآورد شده‌است (به نقل از کریمیان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۱). این آمار نشان می‌دهد که شیوع و مصرف مواد مخدر رو به افزایش و سن مصرف‌کنندگان رو به کاهش است. اعتیاد^۵ بیماری است که پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی فراوانی به دنبال دارد و برنامه‌های درمانی گوناگونی در این زمینه وجود دارد. هدف اصلی اغلب برنامه‌های درمانی کاهش یا قطع مصرف مواد است (احمدی، نجفی، حسینی‌المدنی و عاشوری، ۱۳۹۱). از جمله این مداخلات می‌توان به برنامه‌های بلندمدت اقامتی^۶، برنامه‌های کوتاه‌مدت بستری^۷، برنامه‌های سرپایی بدون دارو^۸ و برنامه‌های متادون سرپایی^۹ اشاره نمود. در برنامه‌های بلندمدت اقامتی، درمان جویان را در جامعه‌ای اقامتی تحت‌درمان بدون دارو قرار می‌دهند که مشکلات خود را با مشاوران و معتادانی که بهبود یافته‌اند در میان می‌گذارند. در برنامه‌های کوتاه مدت بستری، درمان جویان را از لحاظ جسمانی تثبیت می‌بخشند و بعد آن‌ها را ترغیب می‌کنند از طریق برداشتن گام‌هایی در جهت تغییر دادن سبک زندگی‌شان، در حالت پرهیز بمانند. در برنامه‌های سرپایی بدون دارو، دامنه‌ی گسترده‌ای از رویکردهای

1. drug abuse

3. Cleck & Blendy

5. Addiction

7. Bedridden Short Term Schedules

9. Outpatient Methadone Schedules

2. Angres, Bologeorges & Chou

4. United Nation Office for Drug Control (UNODC)

6. Residential Therapeutic Community

8. Without Drug Outpatient Schedules

روانی - اجتماعی، از جمله برنامه های ۱۲ مرحله ای به کار می روند و سرانجام، در برنامه های متادون سرپایی، به درمان جویان برای کاستن از اشتیاق به مواد و جلوگیری از تأثیر آن، متادون داده می شود. با آن ها همچنین مشاوره می کنند و مهارت های شغلی را در آن ها پرورش می دهند تا بتوانند زندگی خود را سروسامان دهند (هالجین و کراس ویتبورن^۱، ۲۰۰۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۵).

درمان های ننگه دارنده با متادون^۲ یا جانشین سازی^۳ در سی سال گذشته، درمان اصلی برای اعتیاد بوده است. پژوهشگران دریافتند که درمان ننگه دارنده با متادون می تواند موجب کاهش قابل توجه اشتیاق^۴ معتادان به مواد مخدر و همچنین کاهش قابل ملاحظه ی جرم های مرتبط با مواد، و افزایش عملکردهای اجتماعی آنان گردد (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۹؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۸). باوجوداین، به نظر می رسد طیف وسیعی از عوامل در مداخلات درمانی از جمله برنامه های ننگه دارنده با متادون نقش داشته باشند. اویسی و بخشانی (۱۳۹۱) نشان دادند که افراد معتاد دارای طحوازه های ناسازگارانه اولیه^۵ هستند و این طحوازه ها نقش اساسی در ترک ناموفق معتادان دارند. بر اساس نظریه یانگ^۶ (۱۹۹۹) طحوازه های ناسازگارانه اولیه بر نحوه تفکر، احساس و عملکرد بیماران یا اینکه با دیگران چگونه ارتباط برقرار کنند تأثیر دارند. هاشمی، فتوحی بناب، کریمی و بیرامی (۱۳۸۹)، نیز نشان دادند که سوء مصرف کنندگان در مقایسه با افراد عادی باورهای غیرمنطقی^۷ بیشتری دارند. آن ها همچنین نشان دادند که عود سوء مصرف مواد از عوامل روان شناختی و محیطی متنوعی تأثیر می پذیرد که در این راستا، به نقش باورهای شناختی (باورهای غیرعقلانی) و ادراکات خود کارآمدی فرد و نیز بر شبکه های حمایتی فرد تأکید کرده اند. این باورهای غیرمنطقی به تدریج سبب ناتوانی در رویایی با مسائل زندگی می شود (متین نژاد، موسوی بجنوردی و شمس اسفندآباد، ۱۳۸۸).

پژوهش ها نشان داده اند که سوء مصرف کنندگان هنگام مواجهه با مسائل، مشکلات هیجانی شدیدتری (به طور مثال استرس بیشتری) تحمل می کنند و در نتیجه امکان استفاده

1. Halgin & Krauss Whitbourne
4. Desire
7. irrational beliefs

2. maintenance therapy
5. early maladaptive schemas

3. substitution
6. Young

از شیوه‌های حل مسئله کارآمد را از دست می‌دهند (پرایس و هرتینگ^۱، ۲۰۱۳؛ کوپ^۲، ۲۰۱۳؛ گیبیر^۳، ۲۰۱۲). بنابراین، قرار گرفتن در موقعیت‌های استرس‌زا و استفاده از شیوه‌های حل مسئله ناکارآمد و هیجان‌مدار، منجر به ایجاد یک چرخه‌ی معیوب و افزایش استرس در آن‌ها و کاهش سازگاری می‌شود و در نهایت میزان عود را در این افراد افزایش می‌دهد (تراسیانو، لوکنهاف، کرام و بینونو و کاستا^۴، ۲۰۰۸؛ پورکرد، ابوالقاسمی، نریمانی و رضایی‌جمالویی، ۱۳۹۲؛ کریمی، همتی‌ثابت، احمدپناه و محمدیگی، ۱۳۹۲؛ رستمی، احدی و چراغعلی‌گل، ۱۳۹۱؛ قاسمی‌حامد، ربیعی، حقایق و بالا‌هنگ، ۱۳۹۰). افزایش تجربه‌ی استرس و استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد موجب شکست‌های پی‌درپی در طی درمان شده و خودکارآمدی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ساینها^۵، ۲۰۰۷؛ لاکمن، روزلیزا، آریفین، زاینه و فتیها^۶، ۲۰۱۰). کاهش خودکارآمدی و تصویر منفی فرد از خویشتن موجب کاهش انگیزه افراد می‌گردد. از آنجا که انگیزه (تفکر عاملی) و راهبردهای رسیدن به هدف (تفکر راهبردی) از جمله مؤلفه‌های امیدواری می‌باشند، بدیهی است، کاهش انگیزه و عدم استفاده از راهبردهای مناسب جهت رسیدن به هدف (ترک موفقیت‌آمیز) موجب کاهش امیدواری سوء‌مصرف‌کنندگان می‌گردد (اشنایدر^۷، ۲۰۰۲).

کرنر و نورندایک^۸ (۲۰۰۷) طی پژوهشی نشان دادند که تغییرات بارز در شخصیت، اضطراب، افسردگی، عدم کنترل خشم، رفتار کینه‌توزانه با خانواده و دوستان از جمله مشکلات مهم رفتاری، ارتباطی و اجتماعی سوء‌مصرف‌کنندگان در طی درمان می‌باشد. از آنجا که رفتار انسان تحت تأثیر عوامل شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی است، قرار گرفتن معتادان در موقعیت‌های استرس‌زا موجب رفتار غیر انطباقی و ناسازگاری عاطفی و اجتماعی آنان می‌گردد. این امر ضرورت مداخلات روان‌شناختی را به منظور رساندن سوء‌مصرف‌کنندگان به سازگاری لازم ایجاد می‌کند. گروه درمانی، به عنوان یک درمان کاملاً پذیرفته شده روان‌شناختی، جهت تغییر رفتار غیر انطباقی، هدایت تفکرات و

1. Price & Herting

4. Terracciano, Lockenhoff, Crum, Bienvenu & Costa

6. Lukman, Roseliza, Arifin, Zainah & Fatihah

2. Koob

7. Schneider

3. Geiber

5. Sinha

8. Kornor & Nordyik

احساسات افراد مبتلا به منظور دستیابی به نتایج بهتر و مؤثرتر استفاده می شود. مطالعات متعددی به نقش روان‌درمانی شناختی- رفتاری از جمله آموزش مدیریت استرس در توان بخشی سوء مصرف کنندگان پرداخته اند. نتایج این مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی- رفتاری، افکار، انتظارات، و رفتارهای مرتبط با مصرف درمان جو را تغییر می دهد و با ارائه ی آموزش های لازم ضمیمه های مهمی برای بالا بردن اثربخشی درمان با متادون را فراهم می کند (نریمانی، ۱۳۸۹؛ احمدخانی ها، قرایی پور و پناغی، ۱۳۹۰؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۲). آموزش مدیریت استرس می تواند موجب ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان شود (کریمیان و همکاران، ۱۳۹۱). با آموزش مدیریت استرس می توان میزان اضطراب و افسردگی سوء مصرف کنندگان را کاهش داد (جندقی، نشاط دوست، کلاتری و جبل عاملی، ۱۳۸۸). با توجه به مطالب ذکر شده می توان چنین تصور کرد که امید و سازگاری از جمله متغیرهای مهمی هستند که می توانند بر درمان سوء مصرف کنندگان تأثیر بسزایی بگذارند. با وجود پژوهش های متعدد در زمینه اثربخشی آموزش مدیریت استرس تا کنون اثربخشی این آموزش بر امید و سازگاری افراد معتاد تحت درمان بررسی نشده است.

مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری شامل تکنیک های آرمیدگی، مدیریت خشم و ابرازگری، مقابله ی کارآمد، بازسازی شناختی، افزایش خودکارآمدی و ایجاد حمایت اجتماعی است و هدف این آموزش کاهش حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی سوء مصرف کنندگان و ارتقای سازگاری هیجانی (عاطفی) و اجتماعی آن ها است (آنتونی، لچنر، کیزی و ویمبرلی، ۲۰۰۶). این برنامه ی آموزشی به افراد کمک می کند که سازگاری خود را در مواجهه با مشکلاتی که نمی توانند آن ها را تغییر دهند، افزایش دهند و با آموزش شیوه های مقابله ی کارآمد و بازسازی شناختی موجب افزایش خودکارآمدی و عزت نفس آن ها می شود. این برنامه ی آموزشی موجب تغییر در روابط میان فردی و ایجاد روابط صمیمی تر و همدلی بیشتر با اعضای خانواده و دوستان می شود. علت این تغییرات ممکن است ناشی از دریافت حمایت اجتماعی، ابراز هیجانات،

تجربه‌های مشترک در گروه و حمایت گروهی همراه با آن باشد (کریمیان و همکاران، ۱۳۹۱). از این رو هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر امید و سازگاری عاطفی - اجتماعی معنادان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی^۱ از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه به شمار می‌رود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون در مرکز آریانا طب استان تهران بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، در دسترس بود که از بین افراد مراجعه‌کننده به یکی از مراکز ترک اعتیاد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون استان تهران ۲۰ مرد انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. میانگین سنی این افراد $۶/۲۰ \pm ۳۴/۷۵$ سال بود. ۱۲ نفر (۶۰ درصد) متأهل و ۸ نفر (۴۰ درصد) مجرد بودند. ۷۰ درصد از این افراد تنها سوء‌مصرف‌کننده مواد افیونی (مانند تریاک، شیر، هروئین و کرک) بودند و ۳۰ درصد از آن‌ها علاوه بر سوء‌مصرف مواد افیونی، مواد روان‌گردان نیز مصرف می‌کردند. ۲۰ درصد از این افراد دارای تحصیلات دیپلم، ۷۰ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم و ۱۰ درصد دارای تحصیلات بالای دیپلم بودند.

ابزار

مقیاس سازگاری بل^۲: این مقیاس توسط بل (۱۹۶۱) ساخته شد که سازگاری را در پنج زیرمقیاس خانوادگی، سلامتی (بدنی)، هیجانی (عاطفی)، شغلی و اجتماعی ارزیابی می‌کند. نمره بالا در هر یک از این زیرمقیاس‌ها به معنای سازگاری بیشتر است. ضرایب اعتبار این مقیاس برای خرده‌مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین، این آزمون روایی

1. quasi- experimental

2. Bell adjustment scale

بالایی در تشخیص گروه های بهنجار از نوروتیک و همبستگی آزمون های شخصیت آیزنگ^۱ نشان داده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). روایی این پرسشنامه ابتدا از طریق انتخاب هر یک از بخش ها در محدوده ای که اختلاف آن ها بین ۰/۵۰ بالایی و پایینی در توزیع نمرات بزرگ سالان مشهود بوده، به دست آمده است. از جهت دیگر با تلاش متخصصین مشاوره با بزرگ سالان، با توجه به انتخاب گروه هایی از افراد به دست آمده است که در محدوده بسیار خوب و ضعیف سازگاری داشته اند و همچنین تعیین حدودی که پرسشنامه می تواند در بین آن ها تمایز ایجاد کند. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای سازگاری کل برابر ۰/۸۴ و برای سازگاری عاطفی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۶ به دست آمد.

سیاهه امید به زندگی^۲: این سیاهه ۱۲ سؤالی توسط اشنایدر^۳ (۱۹۹۶) برای سنین بالای ۱۵ سال ساخته شده است و شامل دو خرده مقیاس انگیزه (عامل) و راهبرد است. پاسخ دهی به آیتم های آن در طیف ۸ نقطه ای از ۱ (کاملاً غلط) تا ۸ (کاملاً درست) صورت می گیرد. لویز^۴ و اشنایدر (۲۰۰۱) همسانی درونی^۵ کل آزمون را ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و اعتبار^۶ باز آزمایی را تا ۰/۸۰ اعلام کرده اند. کاشدن^۷ (۲۰۰۲) ضریب آلفای ۰/۸۲ برای کل مقیاس و برای ابعاد انگیزه و راهبرد به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۶۶ گزارش کرده اند. در ایران اعتبار این سیاهه بر روی ۱۰۰ نفر از دانشجویان انجام شده که ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه انگیزه ۰/۷۱ و برای راهبرد ۰/۶۷ به دست آمده است (شیرین زاده و میر جعفری، ۱۳۸۵). گلزاری (۱۳۸۶) ضریب همسانی درونی نسخه فارسی این سیاهه را ۰/۸۹ ذکر کرده است. همچنین علاءالدین و همکاران (۱۳۸۶) همسانی درونی را ۰/۶۸ گزارش کرده اند (زارع بوانی، ۱۳۹۲). سیاهه ی امید با سیاهه هایی که فرآیندهای روان شناختی مشابهی را می سنجد، رابطه بالایی دارد. به عنوان مثال، نمره های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش بینی شییر و کارور^۸ (۲۰۱۰) رابطه دارد. همچنین، نمرات این مقیاس با

1. Eysenck

5. internal consistency

2. hope inventory

6. Reliability

3. Schneider

7. Kashdan

4. Lopez

8. Scheier & Carver

نمرات سیاهه‌ی افسردگی بک^۱ رابطه معکوس نشان داده است (۰/۵۱- تا ۰/۴۲-) و طبق نظر متخصصان بالینی، روایی محتوایی این سیاهه مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

روش اجرا

جدول ۱: محتوای جلسات بسته آموزشی مدیریت استرس

جلسات	محتوا
یکم	اجرای پیش‌آزمون و درک اهمیت آگاهی از تأثیرات جسمی و روانی استرس و اهمیت مدیریت و نظارت بر سطوح استرس و ایجاد فهرستی از استرس‌زها (تمرینات آرمیدگی).
دوم	درک ارتباط بین افکار و احساسات و یادگیری فرآیند ارزیابی (تمرینات آرمیدگی با تنفس دیافراگمی).
سوم	تمرین شناسایی انواع مختلف افکار منفی، درک تأثیر تفکر منفی بر رفتار (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی).
چهارم	شناسایی خودگویی منطقی و غیرمنطقی، آموختن گام‌های جایگزینی افکار منطقی (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی).
پنجم	آموختن انواع مقابله، شناسایی سبک مقابله‌ای خود و مقابله مؤثر یا کارآمد (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی).
ششم	آموختن و تمرین گام‌های مقابله‌ای مؤثر، تمرین نرم کردن برای استرس‌زهای طاقت‌فرسا (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه خودآگاهی مثبت، تمرین مراقبه نور خورشید همراه با خودزها).
هفتم	آموختن مدیریت خشم (انجام تمرینات مراقبه مانترا).
هشتم	یادگیری سبک‌های بین‌فردی، تمرین ارتباط ابرازگرانه و استفاده از مهارت حل مسئله (انجام تمرینات مراقبه شمارش تنفس، ادامه تمرین مراقبه نور خورشید).
نهم	درک فواید حمایت اجتماعی، شناسایی موانع حفظ حمایت اجتماعی، آموختن تکنیک‌های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی).
دهم	انجام تمرینات برنامه مدیریت استرس شخصی شامل: مرور کامل برنامه، برنامه ریزی برای تمرین آرمیدگی خانگی، ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی، اجرای پس‌آزمون (انجام تمرینات مراقبه مانترا).

ابتدا از بیماران خواسته شد که در صورت تمایل جهت شرکت در جلسات آموزش مدیریت استرس اعلام آمادگی کنند. سپس تعداد ۲۰ فرد ثبت نام کننده در این فراخوان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. بسته آموزشی به کار رفته با عنوان بسته آموزشی مدیریت استرس^۱ (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۷) که شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله به شرح جدول ۱ است که به صورت دو جلسه در هفته به شرکت کنندگان ارائه گردید. لازم به ذکر است که کلیه جلسات با مرور تمرینات جلسه قبل آغاز و با تمرینات آرمیدگی خاتمه می‌یافت.

یافته ها

یافته‌های توصیفی حاصل از مقیاس سازگاری و امید به زندگی به تفکیک مراحل پیش-آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است. لازم به ذکر است که قبل از انجام هرگونه تحلیل آماری، غربال‌گری داده‌ها^۲ در سطح گویه‌ها و نمرات زیرمقیاس‌ها به منظور شناسایی داده‌های پرت^۳ و خارج از دامنه انجام گرفت. برای این منظور بررسی فاصله ماهالانوبیس^۴ متغیرها نشان داد که مقدار بیشینه این شاخص برای داده‌های سازگاری بل ۸/۷۳ و امید ۰/۱۰ است که به ترتیب کمتر از مقادیر بحرانی آن (توزیع خی دو با درجه آزادی ۲ و ۱) یعنی ۱۳/۸۲ و ۱۰/۸۳ است. از سوی دیگر شاخص‌های بیشینه مقدار فاصله کوک^۵ متناظر این داده‌ها نیز ۰/۱۴ و ۰/۳۲ بود که از مقدار بحرانی آن یعنی یک کمتر است. این یافته‌ها نشانگر عدم حضور داده‌های پرت در بین داده‌های دو متغیر مورد مطالعه است. قبل از انجام تحلیل بر روی داده‌های سازگاری بل، برقراری مفروضه‌های نبود رابطه خطی بین متغیرهای وابسته^۶، توزیع بهنجار متغیرها^۷، نبود تکینی^۸ و رابطه همخطی^۹، برقراری شرط همگونی ماتریس کواریانس^{۱۰} و همگونی خطای واریانس^{۱۱} داده‌های دو گروه مورد بررسی قرار گرفت (میرز، گامست و گوارینو^{۱۲}، ۲۰۰۶؛ تاباخنیک و فیدل^{۱۳}، ۲۰۰۷).

1. stress management education package
4. mahalanobis distance
7. normality
10. equality of covariance matrices
12. Meyers, Gamst & Guarino

2. data screening
5. cook's distance
8. absence of singularity
11. equality of error variances
13. Tabachnick, & Fidell

3. outlier
6. linearity
9. multicollinearity

خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته با بررسی نمودار پراکنش دو متغیری داده‌ها صورت گرفت که این نمودارها مورد خاصی از غیرخطی بودن را نشان ندادند. نرمال بودن توزیع متغیرها نیز با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ صورت گرفت، این شاخص برای هیچ یک از متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار نبود. بنابراین مفروضه بهنجاری برای تحلیل حاضر مشکل ساز نخواهد بود. برقراری مفروضه هم‌خطی و تکینی نیز از طریق بررسی ضرایب تحمل^۲ و عامل افزایش واریانس^۳ هر یک از متغیرها استفاده شد (تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷؛ پلنت^۴، ۲۰۰۷). نتایج آزمون همسانی ماتریس کوواریانس نیز نشان از عدم معناداری آن برای داده‌های حاصل از سازگاری بل بود ($p > 0/05$, $df = (3, 58320)$). $F = 0/27$ و $M = 0/93$ با کس). نتایج آزمون لون برای برقراری مفروضه همسانی خطای واریانس داده‌ها نشان برقراری آن برای زیرمقیاس سازگاری عاطفی ($p > 0/05$), $F = 0/34$, $df = (1, 18)$ و اجتماعی ($F = 3/73$ و $df = (1, 18)$, $p > 0/05$) بود. لذا در مجموع بررسی نتایج حاصل نشان از برقراری مفروضه داشت.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی گروه نمونه در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
سازگاری (عاطفی)	آزمایش	پیش آزمون	۱۶/۲۰	۶/۰۵
	گواه	پس آزمون	۲۰/۲۰	۵/۱۰
سازگاری (اجتماعی)	آزمایش	پیش آزمون	۱۴/۳۰	۶/۴۵
	گواه	پس آزمون	۱۴/۳۰	۶/۶۸
امید	آزمایش	پیش آزمون	۱۰/۹۰	۵/۳۲
	گواه	پس آزمون	۱۴	۵/۷۰
	آزمایش	پیش آزمون	۱۲/۱۰	۵/۶۱
	گواه	پس آزمون	۱۱/۷۰	۶/۳۶
	آزمایش	پیش آزمون	۲۳/۷۰	۴/۰۸
	گواه	پس آزمون	۲۵/۹۰	۲/۳۸
	آزمایش	پیش آزمون	۲۶/۲۰	۲/۳۹
	گواه	پس آزمون	۲۵/۹۰	۲/۳۸

1. Shapiro- Wilk 2. Tolerance 3. Variance Increasing Factor (VIF) 4. Pallant

انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های موجود در اندازه‌گیری‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد روند تغییرات دو گروه آزمایش و گواه در بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون متفاوت است ($\eta^2 = 0/58$ و $p < 0/05$), $df = (2 \text{ و } 15)$, $F = 10/32$, $T^2_{Hotelling} = 1/38$, F این یافته بدین معناست نیمرخ سازگاری بل گروه‌های آزمایش و گواه پس از حذف اثر پیش‌آزمون از هم متفاوت است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای مقایسه اثربخشی مداخله بر مؤلفه‌های سازگاری

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
سازگاری عاطفی	۸۳/۰۳	۱	۱۴/۵۳	۰/۰۰۲	۰/۴۸
سازگاری اجتماعی	۵۰	۱	۱۰/۴۷	۰/۰۰۵	۰/۳۹

قبل از انجام تحلیل کواریانس تک متغیری^۱ بر روی داده‌های مقیاس امید نیز برقراری مفروضه‌های اعتبار کووریت، خطی بودن رابطه بین کووریت و متغیر وابسته، همگنی شیب رگرسیون^۲ و همگونی خطای واریانس داده‌های دو گروه مورد بررسی قرار گرفت (تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷؛ پلنت، ۲۰۰۷). از آنجایی که ضریب اعتبار مقیاس امید در این پژوهش مقداری بیش از ۰/۷ بوده است (تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷؛ پلنت، ۲۰۰۷)، نمودار پراکنش دو متغیری بین کووریت و متغیر وابسته مورد خاصی برای نبود رابطه خطی بودن نشان نداد. نرمال بودن توزیع متغیرها نیز با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک صورت گرفت. این شاخص برای هیچ یک از متغیرها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار نبود. همگنی شیب رگرسیون نیز با استفاده از روش تعامل متغیر گروه با پیش‌آزمون بررسی شد ($p > 0/05$), $F = 0/27$, $df = 1$). نتیجه نشان داد مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است. نتایج آزمون لون برای برقراری مفروضه همسانی خطای واریانس داده‌ها نشان برقراری آن برای داده‌های مقیاس امید ($p > 0/05$), $df = (1, 18)$, $F = 3/81$ داشت. لذا به دلیل برقراری مفروضه‌ها، تحلیل انجام و نتایج نشان از عدم معناداری تفاوت دو گروه داشت ($p > 0/05$), $F = 1/98$.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء امید و سازگاری عاطفی و اجتماعی معنادان بود. نتایج نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید بر امید، سازگاری عاطفی و اجتماعی معنادان مؤثر واقع شود. این یافته‌ها همسو با نتایج کافلر و بارتلت^۱ (۲۰۱۲) و جندقی و همکاران (۱۳۸۸) است. پژوهش‌های ذکر شده حاکی از اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر هیجانات منفی، اضطراب و افسردگی هستند. اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر سازگاری عاطفی (هیجانی) را می‌توان چنین تبیین کرد که افراد وابسته به مواد در مواجهه با استرس به دنبال جلوگیری و تسکین فوری هیجانات منفی خود هستند و از شیوه‌های هیجان‌مدار بیش از شیوه‌های مسئله‌مدار استفاده می‌کنند (کلک و بلندی، ۲۰۰۸). در آموزش مدیریت استرس، ارتباط بین هیجان، افکار و رفتار به افراد آموزش داده می‌شود به طوری که افراد می‌آموزند که در مواجهه با استرس، افکار خودآیند منفی موجب هیجانات و رفتار منفی می‌گردد. بنابراین با بازسازی شناختی^۲ و جایگزینی افکار افراد می‌توانند هیجانات و رفتار خود را بهبود بخشند (صفرزاده، روشن و شمس، ۱۳۹۱). از طرف دیگر آموزش شیوه‌های مقابله ای مؤثر موجب افزایش به کارگیری راهبردهای مسئله‌مدار در سوء‌مصرف کنندگان می‌گردد (پرایس و هرتینگ، ۲۰۱۳؛ میت، ۲۰۱۲). همچنین شیوه‌های مدیریت خشم و تمرین آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی موجب کنترل بیشتر افراد بر هیجانات می‌شود و تمرکز افراد برای به کارگیری شیوه‌هایی که مستلزم فرآیندهای شناختی است را افزایش می‌دهد.

اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر افزایش سازگاری اجتماعی سوء‌مصرف کنندگان را می‌توان چنین تبیین کرد که ارائه‌ی راهکارهای لازم برای دریافت حمایت اجتماعی از طریق بیان احساسات و افکار به دیگران و همچنین ارائه‌ی شیوه‌های مناسب ابراز وجود موجب افزایش روابط میان فردی و سازگاری

اجتماعی این افراد می‌گردد (درتاج، شکبیا و شکبیا، ۱۳۹۰). نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های انجام‌شده (کریمی و همکاران، ۱۳۹۲؛ واندر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷) همسو است. یافته‌ها نشان داد که آموزش شناختی- رفتاری مدیریت خشم موجب ارتقای کیفیت و کمیت مهارت‌های ارتباطی معنادان می‌گردد و آن‌ها می‌توانند به نحو مؤثرتری با دیگران ارتباط برقرار کنند. بنابراین، می‌توان چنین فرض کرد که افزایش مهارت‌های ارتباطی موجب افزایش سازگاری اجتماعی افراد نیز می‌گردد (پیستاورد، فارماکاس، کارایانیس و کوتروتسیو^۲، ۲۰۱۰، ساینها، ۲۰۰۹؛ پرایس و هرتینگ، ۲۰۱۳؛ میت، ۲۰۱۲؛ انگرس و همکاران، ۲۰۱۳). از سوی دیگر سوء مصرف کنندگان در مواجهه با استرس، برای رسیدن به اهداف، از راهبردهای مناسبی استفاده نمی‌کنند و همین امر موجب شکست آنان در رسیدن به اهدافشان می‌گردد (متین نژاد و همکاران، ۱۳۸۸؛ ساینها، ۲۰۰۷). پژوهش حاضر در این خصوص که با ارائه شیوه‌های مقابله‌ی کارآمد می‌توان سطح امید افراد معتاد را ارتقاء بخشید با نتایج پژوهش بیجاری، قنبری هاشم آبادی، آقا محمدیان شهرباف و همایی‌شان‌دیز (۱۳۸۸) همسو است. بر اساس این پژوهش چنانچه این افراد در مواجهه با عوامل استرس‌زا بتوانند از شیوه‌های مناسب‌تری استفاده کنند؛ احساس خود کارآمدی و عزت‌نفس آنان افزایش می‌یابد و در نهایت موجب افزایش امید می‌شود. از طرفی، دریافت حمایت‌های اجتماعی و اعتماد به دیگران می‌تواند سطح امید را افزایش دهد. افزایش سطح امید در سوء مصرف کنندگان را می‌توان چنین تبیین کرد که ارائه‌ی شیوه‌های حل مسئله کارآمد و دریافت حمایت اجتماعی موجب ارتقاء سطح امید سوء مصرف کنندگان شده است. پرایس و هرتینگ (۲۰۱۳) نشان دادند که مشکلات عاطفی و اجتماعی زنان وابسته به مواد برابر و در برخی موارد بیش از مردان وابسته به مواد است. به‌طور مثال احتمال وقوع خشونت و بزهکاری در زنان با مصرف مواد ۶ برابر افزایش می‌یابد (والش^۳، ۲۰۰۷). بنابراین ضرورت به کارگیری درمان‌های شناختی- رفتاری در زنان وابسته به مواد موجب می‌شود این نوع درمان‌ها جنبه عملی‌تری پیدا کنند. در پژوهش حاضر به دلیل عدم رضایت زنان جهت شرکت در جلسات گروه‌درمانی، امکان

اجرای این آموزش ایجاد نشد. بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد که اولاً سازگاری سوء مصرف کنندگان در جنبه‌های مختلف از جمله سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی و سازگاری شغلی بررسی شود. ثانیاً مطالعات به صورت گسترده‌تر و با تعداد گروه آزمایشی بیشتر اجرا شود و افراد نمونه از هر دو جنس مذکر و مؤنث انتخاب شوند.

منابع

- احمدخانی‌ها، حمیدرضا؛ قرایی پور، منوچهر و پناغی، لیلی (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی - رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۲(۱)، ۳-۸.
- احمدی، محسن؛ نجفی، محمود؛ حسینی المدنی، سیدعلی و عاشوری، آلاله (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۲۳(۲۳)، ۳۹-۵۱.
- اویسی، عباسعلی و بخشانی، نورمحمد (۱۳۹۱). مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد اپیویدی شهر زاهدان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۵۴)، ۱۶۴-۱۷۱.
- بیجاری، هانیه؛ قبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ آقا محمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ همایی شاندیز، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*، ۱۰(۱)، ۱۷۲-۱۸۵.
- پورکرد، مهدی؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۲). بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی، تکانشوری، فعال‌سازی - بازداری رفتاری و مهارت‌های اجتماعی بر سوء مصرف مواد در دانش آموزان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۶)، ۱۱-۲۸.
- جندقی، فاطمه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ کلاتری، مهرداد و جبل عاملی، شیدا (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۴(۴)، ۴۱-۵۰.
- درتاج، فریبرز؛ شکیبیا، منصور؛ شکیبیا، جواد (۱۳۹۰). تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی افراد وابسته به سوء مصرف کراک در شهرستان زاهدان. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۶(۲)، ۴۱-۵۰.
- رستمی، امیر مسعود؛ احدی، حسن و چراغ علی گل، هایده (۱۳۹۱). پیش‌بینی راهبردهای مقابله با استرس بر اساس ویژگی‌های شخصیتی وابستگان مواد محرک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۶)، ۱۱۱-۱۲۶.
- روزنهان، دیوید ال؛ و سلینگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۸). *آسیب‌شناسی روانی ترجمه یحیی سید محمدی*، تهران: انتشارات ارسباران (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).
- زارع بوانی، راضیه (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش صبر بر امید و بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- شیرین زاده، صمد و میرجعفری، سید احمد (۱۳۸۵). *بررسی رابطه بین امیدواری با راهبردهای مقابله با استرس در بین دانشجویان دانشگاه شیراز*. سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان.

صفرزاده، عطیه؛ روشن، رسول و شمس، جلال الدین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس و آرام سازی در کاهش عاطفه منفی و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۶(۴)، ۲۱-۳۵.

فتحی آشتیانی، علی و داستانی، محبوبه (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*. تهران: انتشارات بعثت.

قاسمی حامد، نظام‌الدین؛ ربیعی، مهدی؛ حقایق، سیدعباس و بالاهانگ، حسن (۱۳۹۰). مقایسه سطح هیجان خواهی، راهبردهای مقابله‌ای و میزان آسیب‌پذیری در برابر استرس در بین معتادان تحت درمان نگره-دارنده با متادون و افراد سالم. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵(۱۸)، ۷-۲۰.

کریمی، حمزه؛ همتی ثابت، اکبر؛ احمدپناه، محمد و محمدیگی، حمید (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری معتادان به حشیش زندان همدان. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲)، ۱۲۹-۱۳۸.

کریمیان، نگار؛ گلزاری، محمود و برجعلی، محمد (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مرکز اجتماع درمان‌مدار اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.

متین نژاد، سیده اعظم؛ موسوی بجنوردی؛ سیدعلی محمد و شمس اسفندآباد، حسن (۱۳۸۸). مقایسه شیوه-های حل مسئله و سبک‌های تفکر در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۱)، ۱۱-۲۴.

مظفر، حسین؛ ذکریایی، منیژه و ثابتی، مریم (۱۳۸۸). *آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳-۲۸ ساله شهر تهران*. *پژوهشنامه علوم اجتماعی*، ۳(۴)، ۳۳-۵۴.

نریمانی، محمد (۱۳۸۹). بررسی تأثیر روان‌درمانی شناختی- رفتاری در ترک اعتیاد و توان‌بخشی افراد معتاد. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۹(۱۰)، ۴۲-۵۹.

هاشمی، تورج؛ فتوحی بناب، سکینه؛ کریمی، حمیدرضا و بیرامی، منصور (۱۳۸۹). نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوءمصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۳)، ۷-۲۴.

هالچین، ریچاردپی؛ و کراس ویتبورن، سوزان (۱۳۸۸). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳)

Angres, D., Bologeorges, S & Chou, J. (2013). A two year longitudinal outcome study of addicted health care professionals: An investigation of the role of personality variables. *Substance abuse: Research and Treatment*, 7(3), 49- 58.

Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A & Wimberly, S. R. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 4(6), 11- 43.

Cleck, J. N & Blendy, J. A. (2008). Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. *The journal of clinical investigation*, 118(2), 454-461.

Geiber, B. B. (2012). Attention deficits in cocaine-dependent patients: convergent behavioral and electrophysiological evidence. *Psychiatry Research*, 160(2), 145-154.

- Kashdan, T. B., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Jacob, R. G., Jennings, J. R., Blumenthal, J. D. & Gnady, E. M. (2002). Hope and optimism as human strengths in parents of children with externalizing disorders: stress is in the eye of the beholder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(3), 441-468.
- Koffler, C. L. & Bartlett, S. E. (2012). Stress and addiction: contribution of the corticotrophin releasing factor (CRF) system in neuroplasticity. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 5(9), 91-103.
- Koob, G. F. (2013). Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 10(4), 33-89.
- Kornor, H. & Nordyik, H. (2007). Five – factor model personality traits in opioid dependence. *Bio Med Central Psychiatry*, 6(2), 7-37.
- Terracciano, A., Lockenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J. & Costa, P. T. (2008). Five – factor model personality profile of drug users. *BMC Psychiatry*, 8(22), 1-10
- Lukman, Z. M., Roseliza, A. R., Arifin, Z., Zainah, A. Z. & Fatimah, G. S. (2010). Personality traits and readiness to change among drug addicts. *Research Journal of Applied Sciences*, 5(4), 263-266.
- Mate, G. (2012). Addiction: childhood trauma, stress and biology of addiction. *Journal compilation*, 1(9), 56-63.
- Meyers LS, Gamst G & Guarino A. (2006). Applied multivariate research: Design and interpretation. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Papastavrou, E., Farmakas, A., Karayiannis, G. & Kotrotssiou, E. (2010). Comorbidity of post-traumatic-stress disorders and substance use disorder. *Health Science Journal*, 5(2), 107-117.
- Price, C. J. & Herting, J. R. (2013). Changes in post- traumatic stress symptoms among women in substance use disorder treatment: The mediating role of bodily dissociation and emotion regulation. *Substance abuse: Research and Treatment*, 7(5), 147-153.
- Scheier, M. & Carver, C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 3(4), 879-889.
- Schneider, C.R. & Lopez, S.J. (2001). *Handbook of Positive Psychology*, US: Oxford University Press.
- Schneider, C.R. (1996). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73(3), 355- 360.
- Schneider, C.R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249- 275.
- Sinha, R. (2007). The role of stress in addiction relapse. *Current Psychiatry Reports*, 9(9), 388-395.
- Sinha, R. (2009). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Current Psychiatry Reports*, 11(4), 105-130.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*, 3th Ed. Boston: Pearson.
- Wander, G. S., Oswald, L. M., Mccaul, M. E., Wong, D. F., Johnson, E., Zhou, Y., Kuwabara, H. & Kumar, A. (2007). Association of amphetamine- induced striatal dopamine relapse and cortisol responses to psychological stress. *Neuropsychopharmacology*, 32(2), 310-320.
- Walsh, Z., Allen, L.C. & Kosson, D.S. (2007). Beyond Social Deviance: Substance Use Disorders and the Dimensions of Psychopathy. *Journal of Personality Disorder*, 3(21), 273- 288.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorder a schema focused approach. Sarasota, FL: *Professional Resource Press*, 25(5), 208-220.